

Kolonoskopik Polipektomi Sonrası Geç Tanı Alan Kolon Perforasyonu

40

Hakan ÖZDEMİR¹

GİRİŞ

Kolonoskopi, kolorektal patolojilerin değerlendirilmesinde güvenilir ve en sık uygulanan tanısal yöntemlerden biridir. Kolonoskopi her ne kadar güvenilir bir yöntem olsa da ciddi komplikasyonlara da neden olabilmektedir. Bu komplikasyonlar planlanmamış tedavi prosedürlerine ve hatta ölümlere neden olabilmektedir. Bu olası komplikasyonlar arasında kanama, perforasyon ve kardiyopulmoner problemler sayılabilir.

İyatrojenik kolonoskopik perforasyonlar (İKP) kolonoskopinin nadir görülen, fakat ciddi bir komplikasyonudur. Yaşlı hasta, antikoagülan kullanımı ve komorbidite varlığı komplikasyon gelişim riskini arttırmaktadır. Komplikasyon riski yaşla birlikte artış göstermektedir. 65 yaş üstü hastalarda kolonoskopik komplikasyonlar genel olarak artmakla birlikte (%2,6), 80 yaş üstü hastalarda perforasyon riski genç hastalara göre oranda önemli oranda artmaktadır (%0.15) (1). Bu komplikasyon

için yapılacak müdahaleler hastanın yaşam kalitesini de etkileyebilecek prosedürler olabilmektedir. Diagnostik kolonoskopilerden sonra %0.016 ila %0,8 oranında, terapötik kolonoskopilerden sonra da %0.02 ila %8 oranında perforasyon gözlemlendiği ifade edilmektedir (2-5). Perforasyon riskinin endoskopik mukozal rezeksiyon işlemi sonrası %0,2'ye, endoskopik mukozal diseksiyon sonrası ise %5'e çıktığı ifade edilmektedir (6). İKP'ların yaklaşık olarak %45 ila %60 oranında kolonoskopi sırasında fark edildiği, kalan olguların ise işlem sonrası gelişen klinik bulgularla fark edildiği ifade edilmektedir (7). Gecikmiş olgularda gelişen sekonder peritonit nedeni ile mortalite ve morbiditede anlamlı artışlar gözlenmektedir (8,9).

İKP'ların en önemli noktası teşhis ve tedavi sırasında olgunun iyi yönetilmesidir. Endoskopik işlemler, cerrahi müdahaleler ve konservatif takip gibi farklı seçenekler gündeme gelebilir. Tedavi yöntemini seçerken teşhis edilene kadar geçen süre, hastanın özellikleri, perforasyonun lokalizasyonu ve büyüklüğü, cerrahın deneyimi önemli rol oynamaktadır. Mümkün olan en minimal invaziv ve en güvenli yöntem tercih edilmelidir (8).

¹ Genel Cerrahi Uzmanı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, hakanzdmr@yahoo.com

taşikardi, takipne ve ateş perforasyonu düşündüreren bulgulardır. Direk grafilerde veya abdominal tomografide serbest hava varlığı, göğüs duvarı, boyun ya da skrotumda amfizem varlığı da perforasyonu düşündürmektedir. Sunulan olguda da çekilen akciğer grafisinde diyafram altı geniş bir serbest hava varlığı hemen dikkati çekmektedir.

Kolonoskopi sırasında oluşan perforasyonlarda endoskopik loop veya klipsler endoskopik yöntemlerle minimal invaziv işlemlerin gelişmesine olanak sağlamıştır. Daha önceleri sadece laparotomi veya laparoskopik cerrahi yöntemlerle tedavi edilen olgulardan uygun olanları tecrübeli merkezlerde endoskopik yöntemlerle tedavi edilebilir hale gelmişlerdir (9). İKP'larında barsak temizliğinin yeterliliği ve perforasyon alanının büyüklüğü endoskopik girişimler için en önemli faktörler arasında bulunmaktadır. Uygun hastalarda perforasyon sonrası 4 saatlik sürede tecrübeli bir endoskopist tarafından klips uygulanması ilk seçenek tedavi yöntemi olarak önerilmektedir (18). Fakat barsak temizliği yeterli olmayan, perforasyon alanının geniş olduğu, tecrübeli bir endoskopistin olmadığı, klips konmasına rağmen başarılı olunamayan olgular, elektrokoter kullanımına bağlı perforasyonlar ve geç tanı alan olgularda cerrahi tedavi kaçınılmaz olarak ilk sırada düşünülmelidir.

Subdiyafragmatik havası olan fakat peritoneal irritasyon bulguları olmayan, komorbiditesi olmayan olgularda, ki bunlar perforasyon alanları küçük olan olgulardır, sık karın muayeneleri ve antibiyotik tedavisi ile olumlu sonuçlar alındığını ifade eden literatür verileri de bulunmaktadır (19,20). Fakat konservatif tedavi ile başarı şansının düşük olduğu da literatürde vurgulanmaktadır (21).

Peritonit, sepsis veya hemodinamik bozukluğu olan hastalar bir an önce cerrahi tedaviye alınmalıdır. Primer onarım, rezeksiyon ve anastomoz ya da kolostomi açılması seçeneklerinden birisi tercih edilmelidir. Mortalite ve morbiditenin özellikle komplikasyon gelişen kolonoskopik perforasyon olgularında yüksek olduğu gözlenmektedir. Toplam morbiditenin %21-44, mortalitenin ise %7-25'e kadar çıktığı literatürde ifade edilmektedir (14,22,23). Barsak temizliğinin iyi yapılmaması,

cerrahi müdahalede gecikme, ileri yaş ve steroid kullanımı İKP'larda kötü prognozla ilişkilidir. Bu nedenle hastanın cerrahi açıdan iyi bir değerlendirme sonrası tedavi şeklinin belirlenmesi olası riskleri azaltacaktır.

İKP'lar nadir görülse de minimal invaziv tedavi yöntemleri ile düzelebilen veya majör cerrahi müdahaleler gerektirebilen bir yelpaze içerisinde tedavi seçenekleri olan patolojilerdir. İKP'larda en önemli olan parametre perforasyonun teşhis edilme süresidir. Tedavi yöntemini belirlemede perforasyonun lokalizasyonu, büyüklüğü, etyolojisi ve hastanın özellikleri önemlidir. Peritonit gelişmiş gecikmiş vakalarda mutlaka cerrahi müdahale gerekir. Erken fark edilen, küçük ve endoskobun mekanik travması ile oluşan perforasyonlarda tecrübeli merkezlerde endoskopik müdahaleler denenebilir.

KAYNAKLAR

1. Reumkens A, Rondagh EJ, Bakker CM, et al. Post-Colonoscopy Complications: A Systematic Review, Time Trends, and Meta-Analysis of Population-Based Studies. *Am J Gastroenterol*. 2016;111(8):1092-1101.
2. Arezzo A, Balague C, Targarona E, et al. Colonic stenting as a bridge to surgery versus emergency surgery for malignant colonic obstruction: results of a multicentre randomised controlled trial (ESCO trial). *Surg Endosc*. 2017; 31:3297-305.
3. Kim JS, Kim BW, Kim JI, et al. Endoscopic clip closure versus surgery for the treatment of iatrogenic colon perforations developed during diagnostic colonoscopy: a review of 115,285 patients. *Surg Endosc*. 2013;27:501-4.
4. Shi X, Shan Y, Yu E, et al. Lower rate of colonoscopic perforation: 110,785 patients of colonoscopy performed by colorectal surgeons in a large teaching hospital in China. *Surg Endosc*. 2014;28:2309-16.
5. Cho SB, Lee WS, Joo YE, et al. Therapeutic options for iatrogenic colon perforation: feasibility of endoscopic clip closure and predictors of the need for early surgery. *Surg Endosc*. 2012;26:473-9.
6. Haito-Chavez Y, Law JK, Kratt T, et al. International multicenter experience with an over-the-scope clipping device for endoscopic management of GI defects (with video). *Gastrointest Endosc*. 2014;80(4):610-622.
7. deAngelis N, Di Saverio S, Chiara O, et al. 2017 WSES guidelines for the management of iatrogenic colonoscopy perforation. *World J Emerg Surg*. 2018;13:5. Published 2018 Jan 24.
8. Alsowaina KN, Ahmed MA, Alkhamesi NA, et al. Management of colonoscopic perforation: a systematic review and treatment algorithm. *Surg Endosc*. 2019;33(12):3889-3898.
9. Daher S, Khoury T, Benson AA, et al. Hospital management of colonic perforations complicating ambulatory outpatient colonoscopy via over-the-scope clips or surgery: a case series. *Tech Coloproctol*. 2019;23(7):681-685.
10. Park JY, Choi PW, Jung SM, et al. The Outcomes of Management for Colonoscopic Perforation: A 12-Year Experience at a Single Institute. *Ann Coloproctol*. 2016;32(5):175-183.
11. Kim SY, Kim HS, Park HJ. Adverse events related to colonoscopy:

- Global trends and future challenges. *World J Gastroenterol*. 2019;25(2):190-204.
12. Dolezel R, Ryska O, Kollar M, et al. A comparison of two endoscopic closures: over-the-scope clip (OTSC) versus KING closure (endoloop + clips) in a randomized long-term experimental study. *Surg Endosc*. 2016;30(11):4910-4916.
 13. Mangiavillano B, Arena M, Masci E. Treatment of a sigmoid perforation with an over-the-scope clip during diagnostic colonoscopy. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2014;12(6):xxi-xxii.
 14. Iqbal CW, Cullinane DC, Schiller HJ, et al. Surgical management and outcomes of 165 colonoscopic perforations from a single institution. *Arch Surg*. 2008;143(7):701-707.
 15. Raju GS, Saito Y, Matsuda T, et al. Endoscopic management of colonoscopic perforations (with videos). *Gastrointest Endosc*. 2011;74(6):1380-1388.
 16. Teoh AY, Poon CM, Lee JF, et al. Outcomes and predictors of mortality and stoma formation in surgical management of colonoscopic perforations: a multicenter review. *Arch Surg*. 2009;144(1):9-13.
 17. Ignjatović M, Jović J. Tension pneumothorax, pneumoretroperitoneum, and subcutaneous emphysema after colonoscopic polypectomy: a case report and review of the literature. *Langenbecks Arch Surg*. 2009;394(1):185-189.
 18. Paspatis GA, Dumonceau JM, Barthet M, et al. Diagnosis and management of iatrogenic endoscopic perforations: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. *Endoscopy*. 2014;46(8):693-711.
 19. Cai SL, Chen T, Yao LQ, et al. Management of iatrogenic colorectal perforation: From surgery to endoscopy. *World J Gastrointest Endosc*. 2015;7(8):819-823.
 20. Aras A, Oran E, Seyit H, et al. Colonoscopic Perforations, What is Our Experience in a Training Hospital?. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2016;26(1):44-48.
 21. Park JH, Kim KJ. Management Outcomes of Colonoscopic Perforations Are Affected by the General Condition of the Patients. *Ann Coloproctol*. 2018;34(1):16-22.
 22. Martínez-Pérez A, de'Angelis N, Brunetti F, et al. Laparoscopic vs. open surgery for the treatment of iatrogenic colonoscopic perforations: a systematic review and meta-analysis. *World J Emerg Surg*. 2017;12:8. Published 2017 Feb 6.
 23. Iqbal CW, Chun YS, Farley DR. Colonoscopic perforations: a retrospective review. *J Gastrointest Surg*. 2005;9(9):15.